SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 18 minutos)

La Comisión de Salud Pública da la bienvenida a las autoridades del Fondo Nacional de Recursos, quienes han concurrido a esta sesión para seguir analizando las diferentes medidas que han adoptado. El material que nos entregaron en la sesión pasada contiene un análisis del comportamiento de distintas situaciones financiadas por el Fondo que demuestran un abatimiento de los costos y una disminución de las prestaciones de forma espontánea por parte de quienes las requieren. Es necesario recordar que cuando en la sesión pasada comenzamos el análisis de las diferentes medidas que adoptó el Fondo Nacional de Recursos para lograr esos objetivos el quórum era muy escaso y solicitamos a sus autoridades la realización de una nueva reunión. En ese momento consideramos que ese tema podía tener mucho valor para la Comisión en su conjunto a efectos de ver por qué andariveles se puede transitar para implementar alguna de las medidas en otras áreas de la asistencia médica colectiva y pública.

SEÑOR BAGNULO.- Agradecemos nuevamente a la Comisión por habernos invitado para continuar discutiendo estos temas y, como dijimos en oportunidades anteriores, nos parece muy importante intercambiar ideas y mantener la información actualizada. Asimismo, creemos necesario que exista una participación abierta porque, debido a la situación que atraviesa toda la salud, debemos buscar soluciones que, en lo posible, sean compartidas.

Si los señores Senadores no tienen preguntas para hacer con respecto al material que presentamos en la anterior sesión, pasaríamos a desarrollar el último cuadro que había quedado pendiente relativo a las tareas que tendríamos previsto realizar. Algunas de ellas no figuran aquí pero muy probablemente en los meses futuros serán objeto de discusión. Me refiero, precisamente, a la baja de técnicas.

A este respecto, debo señalar que el Fondo, desde su creación al momento actual, prácticamente ha tenido muy escasas bajas de técnicas y, en general, lo que se ha hecho es suplantar una técnica por otra de menor dificultad y de fácil realización en base al desarrollo. Me refiero, por ejemplo, a la oclusión del conducto arterioso y algunas cardiopatías congénitas.

Consideramos que el Fondo debe ser un invernadero de técnicas, para que se desarrollen, se pongan a punto, haya entrenamiento suficiente y luego comiencen a bajar su costo; a su vez, se disemine su información y sean mucho más accesibles, por ejemplo desde el exterior, porque baja el costo de equipamiento. Este es el caso de las tomografías, pero también hay otras técnicas que se desarrollan de igual manera.

Vinculado con esto, tendríamos que tener en cuenta la discusión del retiro de técnicas, ya que de otra forma vamos a ir incorporando cada vez más técnicas y el Fondo se va a ir hipertrofiando, corriendo el riesgo de no poder cumplir el papel para el que fue creado.

Sabemos que esto es traumático. No se nos oculta que va a generar situaciones de discusiones profundas y de descontento por parte de los grupos que hoy tienen asegurado su ingreso, puesto que dependiendo del Fondo -que ha puesto prácticamente al día sus finanzas- están cobrando y tienen un flujo que no tiene mucho que ver con la dependencia de otros organismos del Estado o de instituciones de asistencia médica.

Sin embargo, conocemos la situación económica en la que se encuentran las instituciones de asistencia médica colectiva. Nuestro criterio es proceder a una baja muy cuidadosa y regulada de algunas técnicas, no de todas las que debieran bajar en su conjunto, sino parte de ellas, espaciadamente en el curso de este y el próximo año. También pensamos en la posibilidad de transferir a las instituciones el porcentaje de la cuota que implica la realización de esa técnica. Esta transferencia se haría en acuerdo con las instituciones, pero también teniendo en cuenta los costos que tenemos nosotros. Debemos señalar que, a nuestro entender, sobre algunas de esas técnicas lo que tenemos son precios y no costos y, si bien la situación no es como antes, todavía pueden estar sobredimensionadas en cuanto a lo que sería un costo real, más un porcentaje vinculado a la renovación de equipos, honorarios, etcétera. Nos parece que respecto de algunas técnicas todavía hay margen como para adjudicarles una cifra más ajustada a la realidad.

Esto nos posibilitaría ir pensando en incluir ciertas técnicas, algunas de las cuales ya hemos ido incorporando, como por ejemplo la relativa a los implantes cocleares. Inclusive, aumentamos la edad de la cobertura con los cardiodesfibriladores, sobre la base de que se dio una mejora en los precios de estos aparatos. Lo mismo se ha hecho con el transplante de médula ósea. A su vez, incorporamos el transplante de médula ósea de donantes no relacionados y se abrieron algunas otras patologías más.

En realidad, todo esto no es excesivo y se manejó en forma acotada, justamente para no poner en riesgo lo que se ha venido consiguiendo hasta ahora. Sin lugar a dudas, hay algunas otras técnicas que es bueno que se desarrollen en el país y nosotros queremos ayudar a que eso ocurra; las mismas deberían ser cubiertas por el Fondo. Entre ellas, estamos pensando en la cirugía de la epilepsia, técnica que puede ser muy costo-eficiente en cuanto a los días en el año de inhabilitación que tienen los pacientes, vinculados a las crisis que padecen, la medicación que deben recibir que, además, muy a menudo es de alto costo, etcétera. En base a ello, también se deben atender pacientes muy seleccionados.

Como saben los señores Senadores, incorporamos también el transplante de médula ósea y el de pulmón, que va a ser realizado en Argentina por el Grupo Favaloro. En ese sentido, tenemos una paciente cuya situación está muy adelantada, pues esperaba un donante y ya fue aceptada por ese Grupo.

No obstante, quedan otras cosas por hacer. Por ejemplo, nos preguntamos por qué el Fondo nunca cubrió lo relativo a las malformaciones. En parte, este no las había cubierto porque las mismas estaban atendidas por el Banco de Previsión Social. Me refiero a las malformaciones cráneo - faciales o de otro tipo. Cabe acotar que todos los sistemas de reaseguro han incorporado estas asistencias como primera medida, mientras que en nuestro país las mismas nunca formaron parte de la cobertura. Según

conversaciones que hemos tenido con las autoridades del Banco de Previsión Social, pudimos saber que estas coberturas gravan fuertemente su presupuesto en lo que hace al área de la salud. En tal sentido, nosotros deberíamos ir pensando en otro tipo de cobertura, que considero que debería ser atendida a través del Fondo. A tales efectos, el contador Sayagués ha estado trabajando en un convenio con el Banco de Previsión Social, que en una primera etapa nos permitiría controlar lo que ellos ya están haciendo - el Fondo ya lo cubre- en cuanto a la cirugía cardíaca infantil, pero que en el futuro también podría ampliarse a alguna de las patologías de esa área por las que hasta ahora ellos no tributan al Fondo. Me refiero a las patologías congénitas que padecen los niños y que son atendidas a partir de los seis años, para lo cual existe un programa especial.

Nosotros consideramos que el Fondo debería ir pensando cubrir estos elementos y, al mismo tiempo, deberíamos analizar la posibilidad de generar alguna situación según la que ciertas técnicas que ahora han perdido su complejidad -que son varias- puedan ser trasladadas a las instituciones. Como decíamos, se podría trasladar el porcentaje de la cuota a fin de que esto no implique en ellas una desfinanciación que contribuya a empeorar los problemas del sector. Además, estamos hablando sobre este tema con las autoridades del Ministerio, que por supuesto son nuestros mandantes. Inclusive, pensamos que deberíamos continuar con la cobertura al sector público, que en una situación de esta naturaleza podría ser el más vulnerable. De esta forma, eventualmente, el Fondo podría licitar algunas de estas técnicas, que podrían ser abonadas, como hasta el momento, por el Ministerio de Economía y Finanzas y que serían destinadas a los pacientes de Salud Pública. Esa es una de las importantes tareas que tenemos por delante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de pasar a considerar otro tema, me gustaría que nuestros visitantes nos explicaran un poco más acerca de cómo está la situación con respecto a los transplantes de hígado, ya que habitualmente recibimos planteos de pacientes referidos a dicha temática. Concretamente, hemos tomado contacto con alguna situación compleja de manejo con el Hospital Militar y, en ese sentido, nos gustaría saber qué etapa se está transitando.

SEÑOR BAGNULO.- Con respecto a la cobertura de transplante hepático, la estamos brindando a través del Hospital Italiano de Buenos Aires. En lo que tiene que ver con las cifras de transplantados que dicho Hospital maneja, se comparan con las de un grupo de la Comunidad Europea especializado en transplantes de hígado y, realmente, se puede observar que están dentro de los parámetros que ellos manejan. O sea que desde el punto de vista del nivel técnico con que cuenta el Hospital Italiano de Buenos Aires, las referencias que hemos conseguido son buenas. Lo que sucedió fue que gastábamos mucho en este concepto y, entonces, a partir de la crisis del año pasado, tuvo lugar una renegociación. Concretamente, esa tarea específica la realizó el doctor Conrado Bonilla, quien viajó a Buenos Aires y renegoció una rebaja del arancel que fue muy significativa.

Uno de los problemas que aparecen con este tipo pacientes es que tienen que pasar por un módulo pretransplante y otro postransplante. Cuando asumimos, hace ya tres años, la gente del Hospital Militar nos planteó la posibilidad de realizar el transplante hepático y, entre los elementos que estuvieron en discusión, había una propuesta del Fondo en el sentido de que ese grupo se hiciera cargo de la evaluación pretransplante y del seguimiento postransplante. Sin embargo, nunca se nos contestó. Ese grupo en el momento actual prácticamente dejó de funcionar como tal; creo que hubo dificultades en su funcionamiento. Actualmente hay otros grupos que se están planteando la posibilidad de realizar transplantes hepáticos. Toda esta situación determinó que una de las personas con más experiencia, por su formación en el exterior, la doctora Solange Gerona, quedara en libertad de acción. Entonces, el Fondo, en su última reunión aprobó una propuesta que, incluso, trabajamos con la doctora y que consiste en que ella realice el módulo pretransplante y la evaluación postransplante para el Fondo. De esta manera se podría hacer en el Uruguay una parte importante del procedimiento -independientemente que hay que desarrollarlo y aceitar todos los engranajes que entran en juego- que antes se hacía en la Argentina.

Reitero que todo esto se haría dentro del Fondo. En este sentido ya tenemos una experiencia con el doctor Curbelo con relación al transplante pulmonar. Creemos que el Fondo debe tener -sin entrar otros intereses en juego- algunos profesionales muy capacitados en las técnicas que cubre para que realicen la auditoría y determinados seguimientos. Esa es una idea que tenemos y hemos tratado de convencer al resto de la Comisión. Pensamos que el Fondo no puede ser sólo un organismo administrador, sino que, de alguna manera, debe tener injerencia en la normatización y en la realización de seguimientos de pacientes con las patologías vinculadas al Fondo. Si nos preguntaran acerca del diseño del área de transplantes, y teniendo en cuenta la experiencia y el conocimiento que tenemos de lo que sucede en otros países, creo que probablemente la hubiéramos diseñado en forma diferente; en lo personal la diseñaría a la manera francesa. Esta es mi opinión, aunque puede ser equivocada. Como es sabido, en Francia todo lo que tiene que ver con transplantes depende del Estado y, en general, se hacen en unidades vinculadas a ellos. Además, las personas que realizan los transplantes sólo pueden trabajar para el Estado.

Nosotros creemos que esta es un área muy sensible y que la concentración en un banco de órganos y tejidos más áreas de transplantes, de los diferentes transplantes, podría permitir una mejor coordinación de los servicios y un aprovechamiento más eficiente de los recursos, tanto de los humanos como de los materiales. De todos modos, esa no es la situación que tenemos ahora, aunque sí pensamos que el Fondo debería ir contando, en estas áreas de cobertura de alta especialización -que son de elevada complejidad y que van a estar funcionando por muchos años hasta que se descubran las terapias génicas u otras que solucionen las patologías- con técnicos vinculados directamente al Fondo, capacitados en esta materia y que vayan reviendo estos procedimientos, compartiendo la asistencia de este tipo pacientes.

Entonces, para resumir, en este momento, con relación al área de transplante hepático, lo que el Fondo está diseñando para estos meses y probablemente para el año que viene, es encargar la tarea a una persona que ya está calificada y que es la doctora Gerona, quien estuvo más de un año en formación en esta materia en el Hospital Italiano de Buenos Aires y se ha especializado también en otros países. Por lo tanto, queremos que ella se vincule directamente al Fondo y se encargue del pretransplante y del postransplante, buscando una mayor experiencia, un mejor manejo de los recursos y, por lo tanto, un abaratamiento de los mismos al momento actual. Además, la doctora se vincularía con los diversos sectores de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva donde están esos pacientes -ya tiene una policlínica en el Hospital Militar que atiende estos casos- ya que consideramos, reitero, que es una de las personas que tiene más experiencia en la materia. Lo único que le hemos solicitado es que, si en determinado momento suscribe algún tipo de convenio o compromiso con algún grupo en especial, lo comunique al Fondo porque la relación con el mismo debería cambiar.

SEÑORA XAVIER.- En primer lugar, pido disculpas porque me tuve que retirar antes de que finalizara la sesión pasada y no he tenido tiempo de leer la versión taquigráfica, por lo que, tal vez, algunas de las preguntas que voy a formular ahora ya hayan sido

contestadas. De todos modos, a riesgo de la repetición de los conceptos, quisiera tener las cosas más claras. Creo que es mejor hacer varias preguntas para que luego las respondan todas juntas.

Cuando se hace el cuadro de actos médicos autorizados por el Fondo según el origen de los pacientes en el período 1999, se observa una diferencia de un 26% para Salud Pública y un 74% para las IAMC. En tal sentido, me gustaría que los integrantes del Fondo, me aclaren a qué adjudican esta diferencia tan significativa, aunque sepamos que se trata de poblaciones diferentes. ¿Se trata, acaso, de una dificultad mayor para poder darles a los usuarios de Salud Pública los mismos beneficios que tienen los del ámbito privado?

Por otro lado, en el cuadro de evolución de solicitudes de actos médicos se ve que en el total de estudios hemodinámicos solicitados desde el año 1997 al 2002 se produce no sólo un descenso de los autorizados, sino también un incremento de los que fueron negados. Al respecto ¿cuál es la razón de esto? ¿Faltaban indicaciones precisas para que estos actos fueran autorizados o, eventualmente, se ha dado una situación irregular que responde a otra casuística?

Mi duda es si son, exclusivamente, causas de valoración de oportunidad o no oportunidad técnica o si hay alguna otra causal que no conocemos.

Otra pregunta es si el estudio que realizaron, que es tan abarcativo y que hicieron mediante mecanismos de control sistemático, con una metodología única, especial o que han ido ajustando, será una mecánica que se pueda mantener y si los datos estarán transparentados en una página de fondo que nos permita a todos hacer un seguimiento de las situaciones. ¿Esas son las herramientas con las que cuentan? ¿Tienen dificultades para encararlo? Estoy tentada de preguntar por qué no se hizo antes, pero seguramente no van a responder más que a la propia gestión que vienen desarrollando.

Aparte de lo que indican los papeles que el médico debe leer y el usuario tiene que firmar, no sólo con respecto al consentimiento sino en lo que tiene que ver con las otras características por las que se indica un protocolo que se va ajustando, quisiera saber si esa es una mecánica que se puede irradiar desde el Fondo hacia otros ámbitos de la salud para tener la posibilidad de evaluación de los impactos de las medidas e informar luego los resultados.

SEÑOR BAGNULO.- Con respecto a la primera y la segunda pregunta, ya se habían manejado algunos elementos en la reunión anterior. El tema de Salud Pública versus IAMC, sin lugar a dudas, es multicausal. Las poblaciones son diferentes, porque -sobre todo en estos últimos años- las personas que se han borrado de las IAMC pertenecen a la franja del adulto joven, lo que ha incrementado todavía más la diferencia. Hay un hecho que creo que es indudable y que todos los que hemos estado en hospitales conocemos, que es la diferente accesibilidad. Los enfermos de salud pública, en general, llegan con patologías mucho más avanzadas. Hoy conversábamos acerca de eso con los cirujanos de tórax, con respecto al neoplasma de pulmón y a tantas otras patologías. La accesibilidad del enfermo, en nuestra opinión, está vinculada al nivel educacional. Las personas que se atienden en salud pública, habitualmente, tienen un nivel educacional más bajo, menor accesibilidad y a veces uno ve, por ejemplo en cardiología, consultar a una persona en el momento del infarto cuando tenía una historia muy clara de angor de dos años de evolución y nunca había consultado antes. Ese es el ejemplo más corriente y habitual.

Asimismo, se debe considerar otro elemento. Cuando uno analiza -eso no lo trajimos para repartir, pero tenemos una documentación muy buena al respecto- cuánto piden las IAMC, qué pide cada IAMC y a quién se lo envía, se observa claramente que existe una diferencia entre las distintas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva según tengan o no IMAE. Las que sí las tienen, hacen una enorme derivación de las técnicas que practican. Creemos que hay mucha facilitación en el acceso a eso, tal vez demasiada.

El 25% y el 75% es desigual por varias razones. Hay un 75% que es demasiado y un 25% que es poco y ahí se mezclan diferentes elementos, desde alguna forma de demanda inducida hasta ciertos aspectos de dificultad en la accesibilidad. Todos estamos convencidos de que la accesibilidad no es la misma en ambos sectores. Eso es cierto y, de alguna forma, todos los que estamos en esto de la salud tenemos pendiente la tarea de facilitar en un caso y controlar más en el otro.

No existe una única causa y habrá que ir paulatinamente buscando una solución.

Dentro de este cuadro hay situaciones muy extrañas. Por ejemplo, por qué Florida y Durazno -que están cerca- tienen tanta accesibilidad como Montevideo. Sobre esto no hemos tenido respuesta y pensamos que hay algunas situaciones para las que habría que desarrollar un enfoque especial y buscar cuál es la situación.

SEÑORA XAVIER.- El tráfico que muchas veces plantean los departamentos limítrofes que envían a Florida -como hospital regional- una serie de casos para evitar congestionar la atención en Montevideo o en Tacuarembó no es una explicación, es decir que el flujo interno no explica lógicamente lo que ocurre.

SEÑOR BAGNULO.- En cuanto a los departamentos limítrofes, de los que sí nos deberíamos ocupar son Rivera y Rocha porque vienen al Fondo, el que a veces cubre a personas que tienen la doble nacionalidad.

En relación a esos autorizados que fueron negados, quiero decir que las negadas empiezan a surgir con mucha más fuerza en el momento en que aparecen en el Fondo los grupos de contralor, si bien ya había un porcentaje de negados en el Fondo. Sabemos que este aspecto se vincula a la patología cardiológica, que es la especialidad de la señora Senadora Xavier. Sin embargo, recordemos que aun estando pago el estudio hemodinámico, las instituciones no tienen abonados los estudios radioisotópicos ni algunos otros análisis, por lo cual existe una tentación muy grande a mandar aquello que yo no tengo que pagar y lo que la dirección técnica no me va a pedir. Es claro que el Fondo facilita e induce un camino rápido, lo que se advierte en esos casos. Pero, ¿qué pasó? Que cuando aparecieron los grupos de contralor se empezó a poner algún tipo de cuestionamiento a ese camino rápido. Ello se ha visto reflejado en algunas negaciones. En ciertos casos se pide que se postergue.

También debemos decir que estas negaciones se vieron reflejadas en otro hecho que puede ser de interés de los miembros de esta Comisión. Me refiero a que ha bajado el porcentaje de coronariografías normales, lo cual indica que el mecanismo no estuvo tan desacertado. En relación a dicho porcentaje, aclaro que se ha calculado que alrededor del 10% es un número lógico, pero en el caso del Fondo la media de coronariografías normales era bastante superior.

SEÑOR HARETCHE.- En el caso de la evolución de las hemodinamias incide, además, un hecho, que puede estar interfiriendo en este cuadro, y es que en el año 2001 nosotros modificamos un criterio de trabajo. Antes, emitíamos una autorización para hacer la hemodinamia y otra para la angioplastia, aun cuando ambos procedimientos se realizaran en el mismo acto. Se trataba de procedimientos concomitantes efectuados en una sola internación que pagábamos como dos actos independientes. Entonces, en el año 2001 dejamos de emitir la autorización de la hemodinamia y comenzamos a agregar un monto adicional a la angioplastia a fin de cubrir el procedimiento de diagnóstico. Este hecho incidió sobre los números totales y es la razón de que haya una cantidad tan alta de actos negados ese año. No obstante, la tendencia en relación con todos los actos en el Fondo es a disminuir los porcentajes de actos negados, es decir, que la institución niega cada vez menos procedimientos a medida que se consolida también la tendencia a bajar las solicitudes. De alguna forma, la discriminación que antes debíamos hacer, actualmente la están haciendo los propios médicos tratantes. Este hecho nos parece muy bueno para la consolidación del sistema y constituye una confirmación en el sentido de que han existido criterios objetivos que fueron transferibles.

No somos nosotros los que tenemos que decir hoy en día en qué casos haya que hacer otros procedimientos diagnósticos, sino que los propios médicos tratantes han ido incorporando esas prácticas. Por eso se solicitan menos procedimientos al Fondo y de los que le llegan, el porcentaje que debe ser negado hoy es menor que antes.

SEÑORA POU.- Según se observa en la gráfica de la evolución de las solicitudes de los actos médicos, esa tendencia ya la estaríamos viendo en el 2002, donde aparentemente son casi la mitad los actos denegados a juzgar por los colores que aparecen en las gráficas.

SEÑOR HARETCHE.- Es así, señora Senadora.

SEÑORA XAVIER.- En el cuadro anterior de litotricias, también parece haber una estabilidad en los casos negados, que no ha sido tan significativa. Planteo esto porque siempre la litotricia ha estado en cuestión y ha sido siempre un acto que, además de que no haya razón para que esté comprendido en el Fondo, tendría algunos excesos en su indicación. Entonces, al ver tan parejas las rayas verdes, me gustaría escuchar una explicación porque no tengo la relación porcentual en cada uno de ellos.

SEÑOR HARETCHE.- En realidad, el cuadro que menciona la señora Senadora muestra la misma tendencia que estábamos mencionando recién, en el sentido de que lo que está incidiendo sobre el volumen de prestaciones cubiertas por el Fondo es un autocontrol y no un heterocontrol. Creo que eso da solidez al sistema. El Fondo ha sabido transferir criterios objetivos al conjunto de los médicos a partir de los cuales solicitar o no los procedimientos.

En algún momento, cuando comenzó la modificación de la política en torno a 1999 y 2000, se decía que el Fondo Nacional de Recursos estaba negando procedimientos. Obviamente, en algún caso es así, cuando el Fondo entiende que no hay que hacerlo, pero en realidad cada vez ocurre menos porque los propios médicos son los que establecen cuándo solicitar los actos. Hoy en día, el grueso de la modificación se produjo por ese fenómeno, lo que creo que permite estabilidad al sistema hacia el futuro.

La pregunta que hace la señora Senadora Xavier sobre el final me parece muy importante en cuanto a si estas son cifras sostenibles en el tiempo. Creo que si el Fondo hubiera aplicado criterios estrictamente administrativos como, por ejemplo, límites de edad o números de procedimientos por paciente, ese tipo de mecanismos que se usa en otros sistemas de este tipo sería vulnerable, porque la población puede pedir que sean modificados, y en realidad, tienen mucho de arbitrario. En cambio, este tipo de procedimientos que se ha utilizado está basado exclusivamente en criterios médicos, en un sistema de segunda opinión que es sumamente aceptado por la población. Precisamente, en ningún momento hemos tenido problemas con la población, en el sentido de que un paciente diga: "¿Otra vez me va a ver un médico si mi médico ya me vio?" Normalmente, a los pacientes les parece un respaldo y una garantía que un segundo médico, una opinión independiente, vaya a revisarlos cuando se trata de procedimientos invasivos. Aquí no estamos hablando de temas banales sino, reitero, de procedimientos invasivos y que, como tales, tienen riesgos.

Por otro lado, es interesante la pregunta en cuanto a si esto es transferible a otros niveles del sistema de salud. Como filosofía sin duda que sí lo es y así deberíamos funcionar todos. Ello ha sido tan exitoso porque el Fondo requería mejorar sus sistemas de control y, además, porque está basado en uno absolutamente independiente. Los médicos evaluadores de los pacientes no son funcionarios dependientes del Fondo, sino grupos médicos contratados como tales que, por lo tanto, funcionan con sus propios ateneos y mecanismos de supervisión. Quiere decir que actúan con total independencia profesional y, de alguna manera -si se me permite la expresión- están jugándose su prestigio profesional.

Creo que la gestión realizada no es entre un médico que solicita un procedimiento y otro que quiere negarlo. El tema no es así de sencillo, sino que se trata de dos organismos entre los cuales -y estamos de acuerdo con ello- debe existir una opinión independiente, incluso, desde el punto de vista funcional respecto al Fondo Nacional de Recursos. Cabe aclarar que todo esto no es fácil de conseguir en el ámbito de la salud, por lo que consideramos que esta es una experiencia que valdría la pena implementar.

SEÑOR BAGNULO.- La señora Senadora Xavier también nos consultaba sobre el mantenimiento de esto. En este sentido, el doctor Haretche, en representación del Fondo, formó un grupo encargado del seguimiento que, en este momento, está finalizando un estudio sobre marcapasos, cardiodesfibriladores y angioplastia. Creemos que todo esto debe estar incluido y actualizado en la página web, sin perjuicio de que hemos tenido algunas dificultades con ella, porque cuando uno empieza todo parece muy lindo, pero su mantenimiento lleva trabajo. Por eso decimos que este es uno de los temas que debemos poner a punto, ya que tenemos bastantes tareas por delante para llevar a cabo.

El grupo encargado del seguimiento, está compuesto por una médica -que trabajaba en el Fondo- un colega -formado en el Centro de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria, de Francia y Minas Gerais, Bello Horizonte, donde hay un grupo muy fuerte que está en contacto con el CDC- y dos licenciadas en enfermería, que fueron llevadas del Ministerio, donde se desempeñaban en tareas de contralor. Hoy en día, nosotros creemos que para controlar a los médicos -aunque a ellos no les guste- las licenciadas en enfermería son mejores, más persistentes y, a veces, menos vulnerables. Es probable que si en el futuro se logra ampliar todo esto, se hará con este perfil de gente. Indudablemente, no se pueden controlar todas las técnicas al mismo tiempo, pero vamos rotando los controles que se realizan. Además, debemos señalar que todo esto ha generado un volumen de información muy grande y, en este momento, lo estamos presentando en congresos -tanto del país, como fuera de él- como una forma de comparar los distintos grupos, lo cual es muy importante.

Otro tema -sobre el que el Fondo no había hecho absolutamente nada, y fue invalorable lo realizado por el contador Sayagués- es el de la implementación de un sistema informático. Si los señores Senadores están de acuerdo, pasaríamos a contarles lo que hemos hecho en este sentido, que nos va a reforzar tanto el área de costos como de seguimiento de los pacientes.

SEÑOR SAYAGUÉS.- El nuevo sistema informático cuenta con las herramientas de última generación, las cuales nos han causado algunos problemas porque, dada la crisis del país, hay poca experiencia en el tema. Lo que permite dicho sistema es que los IMAE se conecten directamente a él e introduzcan ellos mismos la información. A su vez, se puede recibir toda la información general acerca de todas las técnicas y de todos los IMAE, procesada y debidamente depurada en cuanto a su confidencialidad. A modo de ejemplo, podemos decir que la facturación que hacen los IMAE ya va procesada por el Fondo, por lo que no es necesario conciliarla. Con esto se evita todo un proceso muy importante desde el punto de vista administrativo. A su vez, esto se puede extrapolar a la enorme cantidad de información médica que comienza a ser procesada por el sistema.

Por ejemplo, ahora estamos inaugurando una planilla denominada Uruguay, que es el nombre del técnico que la elaboró. En la primera etapa, ingresa un tercio de la información médica sobre diálisis procesada automáticamente. Dentro de seis meses, estos datos van a aumentar a dos tercios, lo cual genera un enorme volumen de información médica que permite sacar determinadas conclusiones. Al respecto, hemos realizado un análisis sobre el tipo de equipos que utilizan los servicios de hemodiálisis. Redondeando las cifras, podemos decir que el 50% de los centros de hemodiálisis poseen equipos posteriores al año 1990; un 15% tienen todos los equipos de hemodiálisis anteriores a ese año y el otro 35% tiene una línea oblicua, es decir que un poco de ese equipo es anterior y otro poco es posterior. Sin embargo, los aranceles tienen un componente de amortización del 10% anual por lo que un 15% de los centros de diálisis devoraron esa amortización y no volvieron a invertir en equipos. Como es fácil deducir, obviamente los equipos más modernos son mejores.

Esta conclusión es objeto de un procesamiento informático que se puede realizar en forma muy cómoda y que nos deja acceder a una gran información lo que, a su vez, nos permite aumentar la calidad.

SEÑOR BAGNULO.- Vinculado a lo anterior, estamos tratando de implementar un sistema de acreditación para las IMAE, que accederán a él en forma voluntaria y esperamos tenerlo pronto para fin de este mes. Al respecto, aunque ha habido dificultades con algunos grupos de técnicas, la mayor parte de ellos han colaborado. En una primera etapa pensamos armar un sistema de acreditación voluntaria pero quien lo haga y cumpla con todos los pasos, va a tener un reconocimiento público, le vamos a emitir un certificado o realizar un acto porque, obviamente, debe existir una diferencia entre unos y otros. Pensamos que a través de este mecanismo todos van a querer acreditarse pero nos parecía que en el inicio era lógico que no se impusiera la acreditación sino que debía ser un acto voluntario.

Creemos que esto, unido al sistema informático, nos va a permitir asegurar una mejor calidad en los actos que están cubiertos -y yo diría bien cubiertos- desde el punto de vista económico y financiero por la población.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si el sistema de acreditación lo está elaborando el propio Fondo o lo están haciendo en forma conjunta con los organismos de acreditación nacional.

SEÑOR BAGNULO.- En el sistema de acreditación hay un delegado de Salud Pública y delegados del Fondo y de los IMAE. Como hemos informado en otras oportunidades, para algunas técnicas nos han venido a visitar desde España. Con respecto a la capacidad instalada de un nuevo IMAE en cuanto a la prestación de algunos actos -que es algo que suscitó una fuerte discusión en el medio- podemos decir que para asegurar el nivel de las hemodinamias y angioplastias -no solo de ese que fue puesto en tela de juicio sino de todos los demás- todos los meses estamos trayendo técnicos de la Argentina para que nos den su diagnóstico. A su vez, ellos nos pueden ayudar con respecto a la calidad de la prestación de nuestros actos.

El último punto que es importante abordar y que consideramos que el Fondo debería realizar, es el de reasignar economías desde la curación hacia la prevención y el seguimiento. Pensamos que el país hace realmente lo que es costoso, como, por ejemplo, la cirugía cardíaca y la angioplastia. Sin embargo los datos que nosotros poseemos -y también los de un IMAE- muestran que la prevención secundaria -y ni hablar de la primaria pero, centrémonos en aquélla- es realmente mala en el Uruguay. Hay grupos de personas muy importantes que no controlan la hipertensión, la diabetes, el colesterol y no son vueltos a ver por médicos.

Por ejemplo, hace unos días asistimos a un paciente que persiste con sus hábitos de riesgo luego de habérsele practicado varias intervenciones de cirugía cardíaca: cinco angioplastias, tres cirugías y una nueva angioplastia. Eso lo hemos pagado entre todos y, por ello, habría que plantearse hasta cuándo es lógico dar cobertura a quienes siguen incurriendo en factores de riesgo, pero antes que nada hay que ofrecerles alguna posibilidad, digamos, de cobertura de estos. Sobre esto, hemos pensado varias cosas, pero no sabemos cuáles realmente podremos implementar en tiempo suficiente, debido a los recursos que podamos asignarles. Vamos a hacer unos videos de educación sobre prevención de riesgos secundarios, que estarán a cargo de autoridades en el medio, ya sea en tabaquismo, en diabetes, en obesidad, etcétera. Sabemos que estas no son estrategias de muy alto impacto, pero la idea es difundirlo a través de Tveo y TV Ciudad -con los que hemos llegado a un acuerdo- y de organismos de la educación, como ANEP y otros, a los que haremos llegar estos videos.

También queremos celebrar acuerdos con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, por los que, eventualmente, si desarrollan políticas de prevención secundaria efectiva, de alguna forma podamos premiarlas, ya sea con una bonificación de la cuota o por algún otro mecanismo. Entendemos que debiera buscarse alguna forma de premiar a quienes se comprometan a llevar adelante tareas de prevención secundaria y demuestren resultados vinculados a ellas.

Creemos que hay grupos de muy alto riesgo fácilmente detectables por nosotros. Por ejemplo, pacientes de menos de 60 años que ya han sido sometidos a procedimientos cardiovasculares, que son fumadores, que tienen dislipemia o historia familiar de dislipemia, etcétera. Nos hemos preguntado si no será mucho más redituable que alguna institución, el Fondo o alguien le dé la medicación hipolipemiante, hipoglucémica vía oral, etcétera, sin costo, sabiendo la dificultad de acceso que tiene, porque si no después tendremos que pagar U$S 8.000 en una cirugía cardíaca. Si está demostrado que estas estrategias sí son de alto impacto, pregunto para qué cobrarle algo a un paciente que, de pronto, quiere tomar la medicación y no tiene acceso a ella, cuando después la sociedad toda acaba pagándola y más.

Entendemos, pues, que debiéramos ir planteándonos estrategias para llegar a alguna forma de cobertura de esos grupos; tal vez no seleccionar mucha gente al barrer, pero sí ir a algunos grupos y pacientes seleccionados que estén de acuerdo con la posibilidad de implementar una política de grupo testigo de este tipo. Una persona de alto grado universitario nos reprochó que esta no era la función del Fondo, pero el contador Sayagués cree que eso no es así, que en la Ley de Creación del Fondo está amparado esto. Sin ser médico, el contador Sayagués está muy consciente de que esta es una de las estrategias más importantes a desarrollar y nosotros pensamos que, éticamente, como médicos, tenemos la responsabilidad de llevar adelante políticas de este tipo, más allá de que se nos reproche que diversificamos fondos en esta dirección.

SEÑOR SAYAGUES.- Sobre ese punto, quiero decir que la Ley de Creación del Fondo habla del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. De acuerdo con el texto de la ley, ese es el objetivo de los IMAE. En su artículo 3º, cuando se hace referencia a qué tiene que hacer el Fondo, se dice: la atención médica de la población vinculada a medicina altamente especializada. Todos sabemos -aun los que no somos médicos- que el concepto de atención médica, obviamente incluye la prevención.

SEÑORA POU.- Más allá de agradecer la presencia de nuestros invitados, quisiera disculparme por no haber estado presente en la reunión anterior a la que ustedes asistieron, por no encontrarme en el país.

Hemos seguido muy de cerca toda la evolución del Fondo desde su creación. Creo que son esas cosas que una vez que podamos ajustar los mecanismos, vamos a mirarlo como lo que es, o sea, algo excepcional en nuestro país y que quizás ha sido modelo en otras sociedades. En definitiva con los ajustes y reajustes necesarios, le va a hacer honor a la filosofía que como uruguayos tenemos en cuanto al respeto a las distintas funciones médicas pero, sobre todo, por los criterios de equidad que están en la filosofía de la creación de la institución.

A vuelo de pájaro -porque recién tomo contacto con este material- puedo observar que estamos en el buen camino. Sabemos que estas reformas son respuesta, evidentemente, a cosas que quizá no debieron haber pasado. Recuerdo muy bien la primera vez que vinieron los representantes del Fondo a esta Comisión y el impacto que me causó el oír hablar con mucha sinceridad sobre la demanda inducida. Es bueno tener coraje y reconocer que suceden esas cosas. Además, el ciudadano de a pie cree que en materia de salud son todos ángeles y todo sucede fuera del pecado original y del común de los mortales. Creo que aquí hay un reconocimiento de que esto no es así.

Como bien se decía, hay que seguir el camino de la lógica. Hay técnicas que van entrando a ese invernadero al que se hacía referencia, a ese almácigo, y para que crezcan, deben salir, pero obviamente no estamos en el mejor momento de la historia económica y sanitaria del país para que estas técnicas vayan saliendo. A su vez, como decía la señora Senadora Xavier, hay técnicas que ya están suficientemente probadas y aceitados los mecanismos como para que las propias Instituciones de Asistencia Médica Colectiva las vayan asumiendo.

Es interesante el concepto de la prevención. No sé si no habría que ahondar por ese tema, es decir, premiar al que la hace y sancionar al que no la realiza. De hecho, en otras partes del mundo se sanciona, inclusive a quien está excedido de peso; conozco un caso bastante de cerca. Además el criterio de obesidad es bastante estricto. No quiero poner nervioso a nadie, pero todo aquel que está un 10% por encima de su peso es calificado de obeso por algunas entidades. Por ejemplo, todo aquel que fuma, de alguna manera está asumiendo riesgos que, como bien decía el señor Presidente, acaba pagando toda la sociedad. Considero importante que hagan un despliegue educativo de todo este tema. Si bien nos vanagloriamos de tener una sociedad altamente alfabetizada, está la diferencia -como mencionaba la señora Senadora Xavier- entre la accesibilidad de la gente que acude a Salud Pública y la que llega a través de los IMAE, por un tema educativo. Creo que más que nunca hay que ahondar en el tema educativo a niveles público y privado. Son situaciones que marcan que por lo menos hemos tomado conciencia de cuál es el problema y que estamos recorriendo el camino.

Me consta que se ha hecho mucho y que hay cosas por hacer que no son fáciles. Además me parece importante transparentar la información.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero felicitar a las autoridades del Fondo, creo que es una experiencia de campo muy valedera y es la primera vez que se hace algo similar en el país, donde se realiza un control y una evaluación por parte de organismos independientes. Pienso que es un modelo a seguir en muchas instituciones en distintas prestaciones médicas.

Por lo tanto, me parece que ha sido muy importante esta comparecencia.

En ese mismo orden quisiera hacer una última pregunta, puesto que han sido muy generosos con su tiempo. Quisiera saber si dentro de esas técnicas a introducir no se ha pensado en la de trombolisis en los accidentes vasculares encefálicos, que producen una verdadera devastación, puesto que el país tiene un notorio atraso en este campo. Incluso, a veces pacientes jóvenes que presentan un déficit motor, una hemiplejia o una afasia de por vida, cuando se podría haber actuado precoz y rápidamente en la disolución del trombo. Tal vez, ese podría ser un acto contemplado por el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR BAGNULO.- Es absolutamente lógico el planteo del señor Presidente. Hace poco estuvimos en la Argentina y asistimos a la presentación de este tema. En esta técnica, así como en la de transplante de hígado y de pulmón, uno de los hechos que más atenta contra ella -en algún simposio que se hizo en una sociedad científica, al que asistimos junto con el señor Presidente hace muchos años, hablamos de este tema- es la forma de trabajo en el Uruguay. Para realizar la trombolisis el equipo tiene que estar en forma permanente en un solo sitio, los esfuerzos concentrados y con personal de dedicación exclusiva a la tarea. Estamos convencidos que uno de los cambios más importantes para modificar la medicina de este país es la radicación geográfica de los médicos. Esta técnica, claramente, va a depender de que haya grupos que puedan radicarse en un sitio y estar a disposición todo el tiempo porque, además, el personal no puede ser numeroso y se requieren muchos recursos. Además, esta puede ser una técnica que rápidamente se sobredimensione económicamente si no hay grupos testigo, si no hay un adecuado ajuste, tal como está ocurriendo con honorarios que no sabemos si el país los puede pagar como, por ejemplo, en algunas técnicas de embolización que se realizan en el medio.

Por otro lado, el Fondo está pagando la radioneurocirugía en la Argentina que es una técnica importante y no sabemos si en algún momento se podrá desarrollar acá, porque no sabemos si el número de pacientes que utilizaría esa técnica haría redituable la adquisición de un equipo, ya que son pacientes que se pueden trasladar sin mayores complicaciones.

Respecto al tema de la prevención quisiera agregar una información más. Una de las cosas que hicimos este invierno, con vacunas que nos proporcionó la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis, fue vacunar a todos los pacientes que tienen técnicas del Fondo -fundamentalmente prótesis de cadera, cirugía cardíaca y angioplastias- contra el neumococo, pagando nosotros el trabajo de quien hace esa tarea.

Uno de los elementos que más nos ha angustiado en los últimos tiempos y donde hemos recibido varios embates tiene que ver con que muchos de los IMAE están dependiendo de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que tienen dificultades o de hospitales que han tenido dificultades graves.

Los señores Senadores podrán darse cuenta que nosotros como Fondo -y, en última instancia, la población- quedamos como rehenes de esta situación; aún cuando el Fondo pueda tener sus cuentas más o menos equilibradas, teóricamente, el sistema podría hacerlo caer en base a la realidad de instituciones que en el día de mañana puedan tener dificultades y que al día de hoy le están prestando sus servicios. Realmente, esta es una preocupación que debemos enfrentar. Podemos decir que en un momento dado se manejó la posibilidad del cierre de Casa de Galicia, oportunidad en que toda la presión se vertió hacia el Fondo, ya que se pensaba que éste debía contribuir para salvarla. Como Fondo, tenemos la obligación de aplicar un tratamiento igualitario hacia todos los IMAE. Dada la situación global de la salud en el medio, estas situaciones pueden reiterarse en el día de mañana o surgir otras que comprometan las prestaciones del Fondo.

Todo esto introduce otro elemento de inestabilidad y de desequilibrio al Fondo, que se apoya en varias patas: las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, el Ministerio de Economía y Financias y los IMAE. En la medida en que alguna de estas patas tenga problema, toda nuestra situación se complica, lo que nos genera mucha preocupación, sobre todo, porque tenemos una visión muy pesimista -aclaro que esta es una posición muy personal- del sistema, tal como está concebido, y del desempeño actual de las IAMC.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos nuevamente la visita a las autoridades del Fondo Nacional de Recursos.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 13 y 22 minutos.)